

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ABCÈS DE LA CORNÉE

— KÉRATITE PROLONGÉE —

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 Janvier 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALBERT GROSFILLEY

Né le 24 Octobre 1858, à Chizery (Ain)



LYON

PITRAT AINÉ IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Alexandre REY successeur

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1892

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ABCÈS DE LA CORNÉE
— KÉRATITE PROLONGÉE —

THÈSE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 29 Janvier 1892
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR
ALBERT GROSFILLEY

Né le 24 Octobre 1858, à Chazery (Ain)



LYON
PITRAT AINÉ IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
Alexandre REY successeur
4, RUE GENTIL, 4
—
Janvier 1892

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{ MM. LÉPINE.
	{ BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	{ X.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	J. TEISSIER.
Pathologie externe.	BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER (RAYMOND).
Médecine opératoire.	PONCET.
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	ROLLET.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. PERRET, agrégé.
Accouchements. POULLET, —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. GANGOLPHE.	MM. PERRET.	MM. ROQUE.
BARD.	JABOULAY.	POLLOSSON.	SABATIER.
BEAUVISAGE.	LANNOIS.	POULLET.	VIALLETON.
CHANDELUX.	LINOSSIER.	RODET.	WEILL.
DIDELOT			

M. ETIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. GAYET, Président; M. FOCHIER, Assesseur; MM. POULLET et POLLOSSON, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

TÉMOIGNAGE DE RECONNAISSANCE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MA BELLE-SŒUR, A MON BEAU-FRÈRE

A MES PARENTS

A MON COUSIN, A MA COUSINE PLISSONNIER

A MADAME VEUVE CHEVALLET

A MON AMI PIERRE CHEVALLET

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GAYET

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE A LA FACULTÉ

ANCIEN CHIRURGIEN-MAJOR DE L'HOTEL-DIEU

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Parmi les malades que nous voyons chaque jour venir à la clinique, soit pour séjourner à l'hôpital, soit pour fréquenter la consultation gratuite, ceux qui portent sur la cornée des cicatrices d'anciens abcès sont très nombreux.

Aussi le nombre considérable des malades qui reviennent à l'hôpital pour demander des conseils sur un abcès mal guéri, ou sur les suites éloignées d'un abcès, nous a-t-il toujours frappé. Nous avons songé tout d'abord à étudier les conséquences lointaines des abcès cornéens ; mais nous nous sommes aperçu, chemin faisant, que certaines formes de complications n'étaient pas décrites, et nous avons résolu de limiter notre travail à l'étude de ces dernières.

C'est ainsi que le réveil d'abcès cornéen dans la cicatrice elle-même, dans un leucome, sain en apparence, n'est signalé par aucun classique et nous n'avons même trouvé aucune observation de ce genre en parcourant la littérature.

Nous avons divisé notre travail en quatre chapitres :

Chapitre Premier. — Abscesses des deux cornées. — Leurs causes : infection provenant du nez, des voies lacrymales, de l'extérieur. — Abscesses à récurrences : Kératite prolongée.

Chapitre II. — De la cicatrisation de la cornée. — Pièces histologiques. — Kératite cicatricielle et kératite récidivante ou prolongée.

Chapitre III. — Observations.

Chapitre IV. — Réveil des abscesses. — Ostéomyélite prolongée et kératite prolongée.

Conclusions.

M. le professeur Gayet a bien voulu mettre à notre disposition les trésors de la clinique ophtalmologique de Lyon et nous aider de ses conseils; nous le prions de recevoir ici l'expression de notre reconnaissance.

Nous remercions sincèrement M. le Dr Meurer, chef des travaux du laboratoire de la clinique ophtalmologique, qui nous a dirigé dans notre travail et dont les connaissances en anatomie pathologique nous ont été d'un précieux secours.

Qu'il nous soit permis de rendre un dernier hommage à la mémoire du maître regretté, M. Léon Tripiër, professeur de clinique chirurgicale, qui nous a porté beaucoup d'intérêt pendant toute la durée de nos études.

M. le professeur agrégé Chandelux, dont nous avons

suivi l'enseignement clinique pendant ses suppléances à l'Hôtel-Dieu, a bien voulu accepter de faire partie du jury de notre thèse. Nous le prions de croire à notre reconnaissance.

M. le professeur agrégé Levrat, chirurgien-major désigné de la Charité, auquel nous devons toutes nos connaissances de gynécologie, a droit à toute notre gratitude.

Que MM. les professeurs agrégés, Augagneur, chirurgien désigné de l'Antiquaille, Roque, médecin des hôpitaux, reçoivent ici nos remerciements pour les conseils qu'ils nous ont donné et la bienveillance avec laquelle ils nous ont toujours accueilli. -- Enfin, nous adressons un remerciement sincère à nos deux bons amis, M. Rochet, chirurgien-major désigné de l'Antiquaille, et M. le D^r Albertin, ex-prosecteur à la Faculté, qui, par leurs conseils et leur expérience nous ont toujours facilité la tâche et aidé à surmonter les obstacles.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552616_0042

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ABCÈS DE LA CORNÉE
— KÉRATITE PROLONGÉE —

CHAPITRE PREMIER

Abcès des deux cornées. — Leurs causes : infection provenant du nez, des voies lacrymales, de l'extérieur. — Abcès à récidives : Kératite prolongée.

Les abcès de la cornée sont d'une fréquence extraordinaire.

Nous sommes frappé d'étonnement en consultant les observations de la clinique, à la vue du grand nombre d'abcès, et nous voulons dire des grands abcès de la cornée.

Un ancien élève de la clinique ophtalmologique de Lyon, le Dr Montagnon¹, dans sa thèse sur *Le pronostic et le traitement des grands abcès de la cornée*, nous montre ce que « deviennent les yeux atteints d'abcès de la cornée, après quelques semaines de traitement, au moment où, les accident saigus enrayés, le malade peut quitter l'hôpital et être considéré comme en bonne voie de

¹ Dr Montagnon. Thèse de Lyon, 1887.

guérison, et ce que devient l'organe de la vision, plusieurs mois ou plusieurs années après la guérison de l'abcès ».

Parmi les complications les plus fréquentes, nous voyons le staphylome, le staphylome et la phtisie, le staphylome et la panophtalmie, la phtisie seule, la panophtalmie seule; mais il est une suite éloignée de l'abcès, il est vrai plus rare, qui n'est pas signalée : c'est la récurrence de l'abcès longtemps après sa guérison ou le réveil d'une kératite suppurée qui n'a fait que sommeiller pendant un certain temps.

Nous avons été également frappé de la fréquence des abcès doubles, soit en même temps, soit à des moments divers, comme si un abcès, ayant existé sur un œil, devait prédisposer à un autre abcès.

Le deuxième abcès pourra siéger sur l'autre œil ou sur l'œil primitivement atteint. C'est cette seconde partie qui nous occupera plus spécialement; mais nous ne pouvons passer absolument sous silence les abcès qui intéressent successivement deux yeux.

Dans sa thèse sur l'origine microbienne des kératites, *Origine microbienne des kératites et de leur traitement*, le D^r Decaux¹ considère les microorganismes, qui peuvent faire suppurer la cornée, comme venant de trois sources : des fosses nasales, des voies lacrymales et de l'extérieur.

Ces trois sources des microorganismes suffiront à nous expliquer la façon dont se produisent les abcès sur les deux yeux successivement. En effet, on doit admettre que la cause qui a existé pour l'un des yeux s'est représentée

¹ D^r Decaux. Thèse de Paris, 1890.

pour l'autre; ou bien qu'une cause a pu exister pour l'un, et une autre cause occasionner le deuxième abcès.

C'est ainsi que les affections nasales, si souvent doubles, nous expliquent bien la bilatéralité des abcès : les causes existant dans le nez, des deux côtés, pourront avoir des conséquences fâcheuses des deux côtés. M. Abadie place très souvent le point de départ de l'ulcère grave infectieux de la cornée, dans le nez¹. Les travaux du Dr Augagneur², la thèse du Dr Désir de Fortunet³, nous ont démontré une fois de plus l'importance des affections du nez dans la production des suppurations cornéennes. En 1889, le Dr Despagne⁴ étudiait les rapports entre les maladies des yeux et les maladies du nez et, comme les Drs Rotholz de Stettin et Massini, concluait au danger des affections suppuratives des fosses nasales pour les blessures de la cornée.

Tous les classiques insistent sur sa bilatéralité fréquente des affections nasales, et il est tout naturel de penser que cette bilatéralité créant les mêmes conditions pour chaque œil, on puisse se trouver en présence d'abcès des deux cornées.

Les affections des voies lacrymales si fréquentes, les dacryocystites, les tumeurs lacrymales que l'on trouve si souvent des deux côtés, nous donnent aussi de la même façon l'explication de la fréquence des abcès sur les deux yeux.

¹ *Soc. d'ophtalm. de Paris*, séance du 8 janv. 1888.

² *Province médicale*, 1889.

³ Désir de Fortunet. Thèse de Lyon, 1889.

⁴ *Rec. d'ophtalm.*, 1889.

Sans vouloir faire ici de la statistique, nous pouvons dire que lorsque nous avons consulté les observations de la clinique, nous avons vu les maladies des voies lacrymales signalées, comme atteignant les deux yeux, six fois sur dix observations, et personne ne doutera de l'importance de ces affections dans la suppuration de la cornée. Notre maître, M. le professeur Gayet, insiste toujours beaucoup sur ce fait, et nous le voyons toujours procéder à un examen et à un traitement rigoureux des voies lacrymales, avant d'entreprendre le traitement de l'abcès lui-même.

Bien plus, dans les cas d'ulcérations traumatiques de la cornée, encore non infectées, nous le voyons mettre en pratique les principes qu'il a établis dans son article cornée, du *Dictionnaire des sciences médicales*¹ : « Leber et Eberth ont remarqué que, si, après avoir blessé la cornée d'un lapin, on introduit sous ses paupières des produits septiques et irritants, entre autres des amas de lepthothrix buccal, on amène très souvent la suppuration de la membrane. Cette observation a une immense importance, parce qu'elle explique l'influence néfaste sur les plaies cornéennes des produits altérés de la conjonctive, du canal nasal et justifie l'opinion qu'avaient à leur sujet des praticiens émérites, comme de Graefe, Wecker, Horner, qui les considéraient comme une cause fréquente de fonte purulente, après la cataracte.

Stromeyer a repris les expériences de Leber et Eberth ; mais il les a variées, et il a mis, en contact avec des plaies, diverses matières septiques, entre autres du

¹ Gayet. Art. CORNÉE, *Dictionnaire des sciences médicales*.

muscle putréfié, la plus septique de toutes, si l'on en juge par les résultats. Or, il a toujours provoqué des abcès, ce qui démontre que l'influence du milieu ambiant peut être grande en bien ou en mal, suivant qu'il est chargé ou non de principes septiques. C'est là, du reste, un fait depuis longtemps connu et indiqué par les opérateurs... »

Plus loin, nous lisons : « Si les voies lacrymales sont malades, on pratiquera le cathétérisme des voies lacrymales, si recommandé par Galezowski, et le traitement des cils, l'amélioration des paupières seront autant de manières de préserver la cornée d'une inflammation suppurative. »

De nouveaux travaux, et en particulier ceux de Leber¹ et de Widmark², viennent corroborer l'opinion de M. le professeur Gayet.

Johan Widmark (Stockholm), dans ses *Beiträge zur Ophthalmologie*, 1891, nous présente une série d'expériences intéressantes, dont nous traduisons ici le résultat : « Lorsque j'eus démontré que dans la dacryocystite, il y a constamment des bactéries, j'ai cherché à les cultiver. Avec les cultures pures que j'ai obtenues, j'ai fait des inoculations sur les lapins : Je pratiquai vingt inoculations et dans toutes, il y eut des symptômes d'inflammation et de suppuration. Je pus conclure de ces recherches sur le lapin que les bactéries de la dacryocystite inoculées, donnent une kératite ulcéreuse qui a une grande ressemblance avec l'*ulcus serpens* de la cornée de l'homme. On est donc obligé de penser que chez l'homme

¹ Leber. ■

² J. Widmark, *Beiträge zur Ophthalmologie*, Stockholm, 1891.

atteint de dacryocystite, ce sont des bactéries de la sécrétion lacrymale qui produisent l'*ulcus serpens* de la cornée. »

Il existe d'autres agents infectieux encore que ceux des voies lacrymales, les culs-de-sac de la conjonctive forment un réceptacle bien naturel dans lequel viennent se loger, se baigner pour ainsi dire, un grand nombre de microbes qui peuvent être une source d'infection pour une cornée malade ulcérée. Ces microbes, qui viennent, avec les poussières du dehors, élire domicile dans les culs-de-sac conjonctivaux, nagent dans les liquides qui baignent l'œil, et se déposent sur les anfractuosités cornéennes, qu'un traumatisme très léger, quelquefois insignifiant, à pu créer.

M. le professeur Gayet¹ étudiant les sécrétions conjonctivales d'un œil normal, avant l'opération de la cataracte a pu trouver, même après des lavages répétés, des culs-de-sac des conjonctives, des staphylocoques (*Staphylococcus pyogenes aureus*, *Staphylococcus pyogenes albus*). D'où viennent ces staphylocoques? Comme nous venons de le mettre en évidence, par des travaux aujourd'hui acceptés par tout le monde, ces staphylocoques, qui peuvent produire l'infection de la cornée, viennent des fosses nasales, des voies lacrymales, et aussi du dehors. Des traumatismes, des poussières, le vent les déposeront dans les culs-de-sac et leur action infectieuse se produira sur une cornée qui présentera à peine une légère érosion.

Nous nous expliquerons encore la fréquence des abcès sur les deux yeux en nous disant que les poussières qui

¹ Gayet. *Arch. ophth*, mars-avril 1887.

portent les microbes pourront les porter aussi bien sur l'un que sur l'autre.

Ce qui nous intéresse d'une façon plus spéciale, c'est la présence d'un second abcès sur un œil qui a déjà présenté un abcès. Il est évident que les causes que nous venons de faire entrer en jeu peuvent également exister quand il s'agit de deux abcès sur un même œil à quelque temps d'intervalle : il est certain que la même cornée pourra deux fois, trois fois même, avoir subi une érosion qui sera la porte d'entrée de l'infection, des germes venus du nez, des voies lacrymales, de la conjonctive ou de l'extérieur ; mais il arrive aussi que nous ne retrouvons aucune de ces causes et que des abcès surgissent sur un œil autrefois atteint, sans que nous puissions relever une ulcération porte d'entrée. Ces faits-là caractérisent ce que nous appellerons le réveil des abcès de la cornée, les abcès récidivants ou la kératite prolongée que nous distinguerons des kératites sur des leucomes ou des kératites cicatricielles décrites par Hasner et tant d'autres auteurs.

Nous allons maintenant étudier la terminaison des abcès, leur cicatrisation, et nous devons chercher à montrer comment des germes peuvent rester inclus dans le tissu cicatriciel de la cornée, y demeurer inactifs, pour ainsi dire à l'état de sommeil, et se réveiller sous l'influence de causes que nous nous efforcerons de mettre en évidence si cela est possible.

CHAPITRE II

De la cicatrisation de la cornée. — Pièces histologiques. — Kératite cicatricielle et kératite récidivante ou prolongée.

Cicatrisation de la cornée à la suite des abcès

Les abcès de la cornée peuvent se terminer de façons différentes, suivant la gravité du mal et le traitement qui leur a été opposé. Les abcès peuvent se terminer par le leucome, par le staphylome, ou plus rarement par l'atrophie et le phlegmon du globe de l'œil.

Nous voulons étudier ici la terminaison la plus fréquente des abcès traités, le leucome, et nous voulons voir comment s'effectue le travail de cicatrisation ; en effet, c'est dans cette étude que nous trouverons la cause probable du réveil des abcès dont nous avons parlé plus haut.

Du leucome peut partir, on le sait, longtemps après la guérison apparente, une inflammation de l'iris, du corps ciliaire, de la choroïde qui peut amener la suppuration de l'œil (choroïdite suppurative), avec la phthisie ultérieure du bulbe. L'origine de cette suppuration ne pour-

rait-elle pas être un départ de microbes dormant dans la cornée qui vont, à un moment donné, envahir de nouveau la cornée et les parties voisines ?

Nous allons chercher dans l'anatomie de la cicatrice cornéenne les preuves de ce que nous soupçonnons.

Nous commencerons notre étude au moment où l'abcès se déterge, au moment où sa surface devient lisse et polie : les globules du pus sont tombés, avec eux sont parties les cellules cornéennes nécrosées, et la couverture de vernis épithélial commence à se montrer. Les bords de l'abcès sont infiltrés de leucocytes qui proviennent des vaisseaux sanguins qui entourent le limbe de la cornée ; les cellules cornéennes qui sont au voisinage de l'abcès sont en voie de prolifération. Dans les grandes pertes de substance, certains auteurs pensent qu'il se fait au début une interposition d'un tissu jeune, succulent, d'une sorte de blastème dans lequel se formeraient plus tard des cellules arrondies. Mais bientôt ces cellules jeunes, rondes, disparaissent par dégénérescence (granulo-graisseuse) et sont remplacées par des cellules conjonctivales qui proviennent, soit de ces cellules arrondies, soit des cellules voisines du parenchyme cornéen qui prolifèrent. Ces cellules ont cessé d'être rondes, et deviennent fusiformes ; des vaisseaux, pour aider à la réparation du tissu, amènent des éléments nouveaux. Nombreux au début, lorsque le travail de réparation est en pleine activité, ils deviennent plus minces et plus rares lorsque la cicatrisation approche de sa fin ; ces vaisseaux s'oblitérent, perdent leurs parois ; leurs parois et leur contenu se nécrosent et il ne reste plus, pour marquer leur passage, que quelques petits amas d'une substance pigmentée.

En résumé, si l'on étudie la cicatrisation cornéenne à la suite d'un grand abcès sur une coupe histologique, on remarquera, en allant de la superficie à la profondeur, un revêtement épithélial irrégulier, composé :

1° D'une couche de cellules un peu aplaties; 2° de plusieurs couches de cellules arrondies; 3° de cellules plus ou moins allongées.

Ces cellules qui rappellent les cellules qui constituent habituellement l'épithélium cornéen normal n'ont plus la même disposition régulière et ne reposent plus sur une membrane de Bowmann.

Les cellules allongées, qui sont le plus profondément situées, reposent sur les bords déchiquetés formés par le parenchyme cornéen qui n'a pas été envahi par l'abcès.

Nous retrouvons la disposition que nous venons de décrire sur des préparations du laboratoire de la clinique. Nous désirons insister sur l'analyse de ces préparations afin de mettre en évidence certains points de détail qui nous paraissent nécessaires pour faire comprendre la guérison apparente de quelques abcès.

PRÉPARATION DU LABORATOIRE, n° 306.

Cicatrice cornéenne; plaie de la cornée par instrument tranchant.

L'épithélium nouvellement formé se continue directement avec l'épithélium de la surface cornéenne intacte. Au niveau de la solution de continuité, l'épithélium plonge dans le parenchyme cornéen en conservant toutes ses couches. Des cellules allongées

représentant la couche des cellules dites génératrices, tapissent les bords de la plaie, des cellules arrondies représentant les cellules arrondies de l'épithélium normal de la cornée recouvrent ces cellules cylindriques. Enfin par dessus le tout, une couche de cellules aplaties représentent les cellules superficielles de la cornée.

L'épithélium, comme nous le voyons, existe là avec chacune de ses couches, mais l'épaisseur de chacune de ces couches n'est plus la même que dans l'épithélium normal.

Dans le parenchyme cornéen, nous voyons au niveau de la cicatrice, des faisceaux onduleux de tissu conjonctif avec quelques cellules de tissu conjonctif et quelques faisceaux; les fibres onduleuses sont peu serrées les unes contre les autres, à tel point qu'il existe en plusieurs endroits entre elles de larges lacunes, tantôt comblées par les détritits des vaisseaux et de leurs parois, tantôt par des amas de leucocytes. Rien de particulier à signaler du côté de la membrane de Descemet.

PRÉPARATION DU LABORATOIRE, n° 257.

Ancien abcès de la cornée.

Cette préparation qui nous montre un abcès de la cornée guéri, c'est-à-dire, une cornée cicatrisée, nous laisse voir un épithélium cornéen, assez bien reformé.

Ce qui fait la particularité intéressante de cette préparation, c'est la cicatrice du parenchyme cornéen.

Nous remarquons ici, comme dans la préparation précédente, que le tissu de la cornée est transformé en faisceaux onduleux, accompagnés de rares cellules de tissu conjonctif. Le tissu onduleux fibrillaire, a une texture plus lâche que le tissu cornéen normal.

Il existe, entre les fibres, de larges intervalles, de véritables lacunes, semblables à celles que nous avons signalées dans la description de la préparation du Laboratoire qui porte le n° 306.

Un grand nombre d'autres préparations que nous avons examinées présentent ce caractère sur lequel nous désirons insister à savoir : la présence de lacunes interfibrillaires.

Les microbes pathogènes, le pus pourront très bien séjourner, inclus dans ces lacunes, comme des corps étrangers, y demeurer inactifs jusqu'au moment où ils seront réveillés et appelés à exercer de nouveau leur action nocive.

Il est certain que ce n'est là qu'une hypothèse que nous chercherons à justifier en comparant le réveil de ces abcès cornéens endormis à d'autres affections qui se comportent d'une façon analogue sur un autre terrain.

Nous nous sommes occupé jusque là de l'histologie du leucome complètement guéri.

Il existe cependant, comme le décrivent très bien certains auteurs et en particulier M. le professeur Gayet¹, C. Wedl² et E. Bock (*Anatomie pathologique de l'œil*. Vienne 1886), et Hasner, des leucomes sur lesquels il se formera facilement une kératite, dite kératite cicatricielle.

« Dans la guérison des grands abcès de la cornée¹, comme le disent C. Wedl et E. Bock, la réparation peut se faire par une cicatrice granuleuse, sous la forme d'un bourgeon rouge, saignant facilement, au moindre contact, étendu sur la surface de la cornée. Ce bourgeon peut se recouvrir d'un épithélium.

De telles cicatrices présentent une grande tendance aux infiltrations inflammatoires récidivantes, et à une

¹ Gayet. Cornée, *loc. cit.*

² Wedl et Bock, *Anat. pathol. de l'œil*, Vienne, 1886.

consolidation défectueuse. Ces cicatrices avec leurs vaisseaux oblitérés, sont sèches; leur épithélium est irrégulier, épaissi et peu humecté: il se fait là du xérosis. Les cellules dures, cornées, peuvent alors agir directement comme des corps étrangers et servir à ranimer l'état d'irritation de la cicatrice. » Les microbes pathogènes trouvent dans la cornée malade un bon terrain pour se nourrir. C'est cette inflammation que Hasner appelle la kératite cicatricielle.

Cet état de kératite cicatricielle, dans lequel il se fait de nouvelles ulcérations, c'est-à-dire, de nouvelles portes d'entrée à l'infection, sur le leucome, lui-même, diffère bien des cas sur lesquels nous voulons attirer l'attention, cas, dans lesquels un réveil d'abcès peut se faire sans qu'il y ait arrivée de germes venus de l'extérieur. Dans les cas que nous voulons mettre en évidence, les germes existent enfermés dans les lacunes interfibrillaires du leucome guéri; et peuvent donner signe de vie sous une influence quelconque, sans qu'on soit obligé pour expliquer leur action, d'invoquer une nouvelle introduction de germes venus de l'extérieur.

CHAPITRE III

Observations

Les observations que nous allons examiner confirmeront l'opinion que nous avons déjà laissé entrevoir, à savoir : que des leucomes ou des cicatrices d'abcès cornéens, tranquilles en apparence, peuvent, à un moment donné, devenir l'origine, sans nouvelle infection, d'accidents redoutables ; et ce que dit le D^r Montagnon ¹, à propos des complications des grands abcès de la cornée, peut s'appliquer à notre sujet :

« Les larges abcès de la cornée sont d'autant plus graves que l'organe de la vision en subit le contre-coup, plusieurs mois, plusieurs années après, au moment où tout paraît être rentré dans le calme le plus parfait.

« Si bien qu'on peut dire que tout abcès cornéen offrant une certaine étendue, crée pour l'œil atteint une source d'accident, en imminence continuelle et pouvant éclater à la moindre occasion aussi bien dans un avenir prochain que dans un temps plus éloigné. »

¹ D^r Montagnon. *Loc. cit.*

Nous réunirons les observations que nous allons citer dans ce chapitre, en cinq groupes.

Nos observations auront trait surtout au leucome dans lequel se réveille plus tard un abcès.

Notre premier groupe d'observations contiendra, pour bien les distinguer des autres, quelques cas de kératite cicatricielle.

Notre deuxième groupe comprendra les observations de kératite suppurée endormie et réveillée plus tard (kératite récidivante ou prolongée).

En troisième lieu, nous donnerons une observation de réveil d'abcès de la cornée par une opération (iridectomie optique).

Enfin, nous citerons quelques observations de panophthalmie survenant sans cause appréciable à la suite d'un leucome simple ou adhérent.

En dernier lieu, nous donnerons des observations qui ont rapport aux abcès siégeant successivement sur chaque œil. Ces observations nous montreront une fois de plus ce que nous avons dit plus haut, que l'abcès de chacun des yeux est dû à une cause, pour ainsi dire, banale (origine nasale, lacrymale, extérieure de ces abcès).

PREMIER GROUPE

Kératite cicatricielle.

OBSERVATION I

Kératite sur un leucome

22 février 1888.

S., (Louis), trente-trois ans, cultivateur (Isère).

Il y a quinze ans, a eu une affection de la cornée gauche, à la suite de laquelle il est resté une tache.

Actuellement, on constate un peu de rougeur et de larmoie-
ment. Le malade se plaint de douleurs dans l'œil.

Sur le centre de la cornée on voit une tache qui présente une
légère ulcération.

V = 1/10 de l'œil gauche.

Pupille artificielle.

Bon résultat.

26 novembre 1889. — Le malade rentre dans le service.

Il souffre depuis deux mois de douleurs périorbitaires.

Le leucome a augmenté d'étendue et la vue a par suite diminué
beaucoup.

Pas de catarrhe des voies lacrymales, mais rougeur conjoncti-
vale, surtout au pourtour de la cornée.

La tension de l'œil semble un peu diminuée.

La cornée gauche est généralement trouble et le leucome lui-
même présente trois zones : une première zone centrale ombili-
quée; une zone moyenne blanc jaunâtre; enfin une zone externe
grisâtre.

On pense qu'il s'agit là d'une poussée subaiguë dans l'ancien
foyer d'un abcès cornéen devenu leucomateux.

Le centre du leucome est déprimé en entonnoir et ulcéré.

V = Q de l'œil gauche.

Pommade au précipité jaune.

30 novembre 1889. — On constate la présence de grandes quantités de vaisseaux qui, venus du limbe cornéen, gagnent la tache.

6 janvier 1890. — Le malade part amélioré.

OBSERVATION II

Kératite cicatricielle

24 février 1890.

L..., (Claude), trente-deux ans, cultivateur.

Il y a vingt-deux ans, le malade, après une brûlure par la poudre, perdit la vue de l'œil droit. La perte de la vue était complète et pendant ces vingt-deux ans le malade ne ressentit aucune douleur.

Depuis un mois environ, notre malade ressent dans cet œil des picotements accompagnés de larmolement.

On constate un peu de rougeur de la conjonctive.

La cornée qui présente une tache est dépolie dans son centre et légèrement excavée dans la portion dépolie.

V = O, pour œil droit.

24 mars 1890.

Le malade rentre à l'hôpital : depuis quelques jours quelques douleurs dans l'œil droit qui est devenu légèrement phthisique.

27 mars. — Énucléation.

OBSERVATION III

Kératite cicatricielle

5 mai 1884.

Marie R..., quarante-huit ans, jardinière.

Ancienne affection de l'œil gauche ayant laissé un leucome central.

Ce leucome central, depuis quelque temps très irritable, présente une ulcération.

Calomel en poudre.

OBSERVATION IV

Kératite cicatricielle

Antoine J..., quarante-neuf ans, marchand de parapluies.

L'œil gauche a été atteint, il y a une vingtaine d'années, d'une kératite qui a laissé un leucome.

Ce leucome de temps à autre s'enflamme, s'ulcère, donne la sensation de gravier et, devenant douloureux, amène une vive injection de l'œil.

Précipité jaune et atropine.

OBSERVATION V

Ancien leucome enflammé

7 août 1885.

Rosine J..., quarante-trois ans.

Kératite, il y a un an, ayant laissé un leucome sur l'œil droit.

Ce leucome est resté calme, sans trace d'inflammation, pendant dix mois.

Depuis quelques jours la cornée est envahie, de la périphérie au centre, par des vaisseaux qui se dirigent du côté d'une ulcération qui siège sur le leucome.

Poudre de calomel.

DEUXIÈME GROUPE

Kératite prolongée

OBSERVATION VI

Réveil de kératite

20 mars 1891.

X..., trente-quatre ans, sans domicile, voyageur.

Il y a un an, X..., eut un abcès de la cornée droite qui fut soigné à Paris.

L'abcès guéri laissa un leucome central assez épais ; aucune douleur de l'œil pendant toute l'année ; pas de catarrhe des voies lacrymales.

Depuis quinze jours, le malade se plaint de souffrir de son œil, léger larmoiement et légères rougeurs de la conjonctive bulbaire.

La tension du globe est normale.

La cornée droite présente un leucome recouvert de son vernis épithélial, mais dont le centre a une teinte un peu jaunâtre.

M. le professeur Gayet pratique avec une fine curette le raclage de ce leucome.

On constate, au centre du leucome, de la substance molle, purulente, que l'on entraîne à la curette. Pour bien vider la cavité on est obligé de retourner la curette à droite, et à gauche au-dessous du pont superficiel de cornée qui le recouvre.

L'abcès ainsi détergé est recouvert par un peu de pommade au précipité jaune.

Guérison.

OBSERVATION VII

Réveil de kératite

20 août 1891.

X..., garde-barrière, quarante ans. Tournon.

Il y a deux ans, X..., reçut, en regardant passer un train, une

étincelle sur l'œil gauche ; à la suite de cette brûlure, suppuration de la portion centrale de la cornée.

La cicatrisation fut lente à obtenir.

La malade a, depuis cette époque, toujours redouté la lumière.

Les paupières sont en parfait état.

Pas de catarrhe des voies lacrymales.

On constate sur la cornée gauche, un leucome central, avec quelques vaisseaux fins, venant de la périphérie. Au milieu du leucome on peut apercevoir une tache plus jaune à laquelle se rendent directement les vaisseaux.

Depuis quelques jours, léger larmolement ayant coïncidé avec l'apparition des vaisseaux.

Après un examen attentif du leucome, on racle avec une curette fine la portion centrale du leucome.

La curette entraîne des débris blancs jaunâtres, qui paraissent être du pus concrété.

Lavage à l'eau boriquée.

Pommade au précipité jaune.

Compression. — Guérison rapide.

TROISIÈME GROUPE

Réveil d'abcès par l'iridectomie

OBSERVATION VIII

Vaste leucome. — Iridectomie. — Suppuration.

17 novembre 1888.

M..., Baptiste, quarante-quatre ans, cordonnier.

Bonne vue et bonne santé antérieures.

Il y a huit jours, traumatisme de l'œil droit ; une branche d'arbre a atteint sa cornée.

M., a pu travailler deux jours quoique souffrant déjà, il s'est lavé avec de l'urine *d'un enfant à la mamelle*.

Depuis trois jours, douleurs de tête et de l'orbite.

Les paupières sont gonflées ; la conjonctive bulbaire présente une rougeur intense.

Sécrétion de larmes et de mucus abondante.

Le globe oculaire est très douloureux au toucher ; la cornée, atteinte sur presque toute la partie externe, présente une large plaque purulente. Léger hypopyon.

Cautérisation de la cornée au galvano-cautère, atropine et précipité jaune.

19 novembre : L'abcès reste stationnaire, l'hypopyon n'a pas augmenté.

Atropine, pansement.

21 novembre. — L'hypopyon a augmenté.

22 novembre. — Nouvelle cautérisation : perforation de la cornée par laquelle sort le pus de la chambre antérieure ; il reste un exsudat.

23 novembre. — Le malade ne souffre plus.

27 novembre. — Réapparition du pus dans la chambre antérieure.

7 décembre. — Le pus a complètement disparu, — léger staphylome.

24 janvier 1889. Le malade sort de l'hôpital avec un large leucome situé à la portion centrale et externe de la cornée.

Plus de douleurs.

V = Q. œil droit.

Le malade revient à l'hôpital le 12 mars 1889, demander une pupille artificielle.

14 mars. — Iridectomie optique exécutée sans difficulté avec toutes les précautions antiseptiques ordinaires.

19 mars. — Suppuration de la cornée.

25 mars. — Menaces de phlegmon.

14 avril. — Le malade a eu un phlegmon de l'œil, les phénomènes inflammatoires persistent encore ainsi que la douleur.

Traitement par le courant d'eau chaude.

QUATRIÈME GROUPE

Panophtalmie. Suite d'anciens abcès.

Nous prenons les deux observations qui suivent dans la thèse du D^r Despagnet, et nous chercherons à montrer que les accidents suppuratifs, survenant dans ces yeux, ont leur origine dans le leucome.

OBSERVATION IX

(Thèse de Despagnet)

*Irido-choroïdite suppurative à la suite d'un leucome
adhérent*

Madame T..., âgée de trente-six ans, marchande de légumes, rue Daligre, n° 10, à Paris, se présente à la consultation de la rue Dauphine, où elle est inscrite sous le n° 33,363. Mariée, mère de deux enfants, elle est d'une constitution vigoureuse et n'est sous le coup d'aucune diathèse.

En 1872, elle eut un abcès de la cornée droite avec iritis, douleurs périorbitaires intenses.

Forte injection périkeratique. Photophobie.

Elle fut soignée par les instillations d'un collyre d'atropin ete l'application permanente des cataplasmes de fécule de riz. Les douleurs ne cessèrent que le jour où se produisit une perforation de la cornée. A partir de ce moment, tous les phénomènes inflammatoires s'amendèrent. Il resta un leucome adhérent inféro-interne occupant les 2/6 de la surface cornéenne.

Jusqu'au 25 mai 1879, elle n'a jamais eu à se plaindre de son œil qui n'a jamais présenté le moindre phénomène inflammatoire. Sa vision, fortement affaiblie, car la pupille attirée en bas était

aux trois quarts recouverte par le leucome, s'était toujours maintenue la même, lorsqu'à partir de cette date, l'œil s'est subitement enflammé. Il est devenu en même temps le siège de douleurs lancinantes très vives et son peu de vision s'est aboli. En quarante-huit heures l'inflammation est arrivée à un tel degré que l'œil est devenu volumineux et saillant en dehors de l'orbite. Entre les paupières faisait hernie un bourrelet charnu. Les douleurs céphaliques sont devenues telles que la malade disait devenir folle. Fièvre intense, inappétence, insomnie. La malade est alitée. Deux médecins de quartier appelés à lui donner leurs soins lui font appliquer des sangsues à la tempe, des vésicatoires à la nuque et des cataplasmes sur l'œil.

Le 2 juin suivant, la malade vient consulter M. Galezowski, les paupières droites sont fortement œdématiées ; l'inférieure est en ectropion. La conjonctive d'un rouge vivace forme un fort chémosis charnu. La cornée est blanchâtre, infiltrée. Elle est vascularisée dans la partie inférieure, c'est-à-dire du côté du leucome. Sa chambre antérieure est remplie de pus. La sclérotique est perforé en haut et en dedans entre les muscles droit inférieur et droit interne à 0,010 environ du bord cornéen. La perforation s'est produite il y a trois jours et la détente a été instantanée, c'est ce qui a permis à la malade de se lever. L'œil, nous dit-elle, a déjà fortement diminué de volume. Cependant les douleurs, bien que moins vives, existent encore avec une certaine acuité.

Immédiatement on agrandit l'ouverture scléroticale et avec la pince on attire en dehors un gros bourrelet purulent.

On prescrit les lavages fréquents avec une solution phéniquée à 1/100, la continuation des cataplasmes et des onctions sur le front et la tempe avec de l'onguent napolitain belladonné. A l'inférieur on donne 50 centigrammes de sulfate de quinine tous les soirs, et tous les matins on fait prendre un verre d'eau purgative.

Tous les jours, à l'aide d'une sonde, on pénètre dans l'ouverture scléroticale afin de la débarrasser des détritits purulents et de permettre une issue facile aux liquides.

Un mois après, toute inflammation avait disparu, il ne restait qu'un petit moignon atrophié.

OBSERVATION X

(Thèse de Despagnet)

Irido-choroïdite suppurative suite de leucome adhérent.

M^{lle} L..., âgée de vingt-trois ans, mécanicienne, habite rue Schomer n° 34. Une première fois elle vient consulter en août 1830. Son œil est fortement enflammé. Il présente dans le tiers cornéen externe, un large leucome adhérent remontant à l'enfance de la malade. Le leucome est enflammé, on voit, rampant à la surface quelques vaisseaux se rendant au sommet du leucome où fait saillie la pointe de l'iris adhérent. L'iris est fortement tirailé dans le sens de la cicatrice. Il est enflammé, on institue un traitement antiphlogistique ; sangsues à la tempe, instillation alternatives d'atropine et d'éserine. Amélioration rapide. En 1881 et 1882. récidives inflammatoires. Même traitement. Guérison. Mais après la guérison de cette troisième récidive on lui pratique une iridectomie pour diminuer la traction irienne et prévenir de nouveaux accidents. La pupille artificielle est faite dans la partie supérieure et interne. Il reste encore une bonne portion d'iris sur les deux côtés du leucome. Pendant deux années il ne survient aucun accident. Mais le 25 septembre 1884, tout d'un coup éclatent des phénomènes inflammatoires avec la plus violente intensité. La vision est presque totalement abolie. Les douleurs périorbitaires sont très vives. Le 27, le malade se présente à la consultation. L'œil est douloureux à la pression. L'injection périkeratique est très vive. La pupille artificielle est encore assez nette à travers elle, on aperçoit le fond de l'œil tout nuageux, le corps vitreux est déjà tout trouble, à l'éclairage oblique dans la partie supérieure et interne, derrière ce qui reste d'iris, une masse bleu jaunâtre qui n'est autre chose que le pus. Du côté du leucome la transparence est beaucoup plus nette, de sorte qu'il est facile aux personnes présentes de conclure que la cyélite a dû commencer dans le point opposé au leucome, car il n'y a

point de doute que c'est de là que vient la suppuration au moment où nous examinons le malade.

On essaie une médication antiphlogistique énergique, mais sans aucun résultat. Deux jours après, toute transparence des milieux de l'œil avait disparu, la choréïdite suppurative suivait sa marche progressive et pour calmer les douleurs et prévenir des accidents plus graves, tout espoir de conserver l'organe étant perdu, M. Galezowski pratique l'énucléation le 2 octobre. L'opération fut des plus régulières, les suites normales.

OBSERVATION XI

(Thèse de Montagnon).

Vaste abcès central. — Tendance au staphylome. — Panophtalmie. — Énucléation.

Placide A..., cinquante et un ans, cultivateur, entre le 23 décembre 1885. Traumatisme OD, il y a *dix jours*, par un éclat de pierre.

Cornée : vaste abcès à hypopyon, occupant le centre de la cornée.

Traitement : 24 décembre. — Iridectomie, compression.

17 janvier. — Violentes douleurs, hypotomie ; onctions avec onguent napolitain belladonné.

29 janvier. — Tendance à la déformation de la cornée. Le bandeau compressif qui avait été enlevé est remis.

17 février. — Le malade sort avec la cornée déformée, opaque dans presque toute son étendue.

13 avril. — Le malade entre de nouveau à l'hôpital.

Depuis cinq à six jours, l'œil est devenu subitement douloureux.

Actuellement, panophtalmie O D. Cornée perforée, vaste exsudat jaunâtre dans sa partie inférieure globe très tendre, très sensible à la pression. Troubles sympathiques, O G.

17 avril. — Énucléation.

CINQUIÈME GROUPE

Abcès cornéens doubles.

Les observations qui suivent ont été prises dans les registres de la clinique ophtalmologique de Lyon :

OBSERVATION XII

Abcès des deux cornées

13 juillet 1889.

Jean-Baptiste S..., quarante ans, journalier.

Il y a un an, le malade a reçu un gravier dans l'œil droit; un abcès de la cornée se développa.

Il y a quinze jours, sans cause apparente, s'est développé un nouvel abcès sur la cornée gauche.

Photophobie, larmoiement, chémosis; douleurs vives.

Au centre de la cornée, infiltration de la cornée.

Hypopyon à gauche.

Sur l'œil droit, leucome central adhérent.

14 juillet. — Cautérisation au galvano-cautère.

Ouverture de la chambre antérieure qui permet au pus de s'échapper avec le liquide.

2 octobre. — Le malade part guéri avec un leucome et une pupille artificielle.

OBSERVATION XIII

Abcès des deux cornées

15 octobre 1888.

Sophie M..., soixante ans, sans profession.

Abcès de la cornée gauche, il y a quatre ans, à la suite d'un traumatisme ayant amené un leucome persistant.

Traumatisme dans l'œil droit ayant amené une opacité persistante.

Les deux abcès sont survenus très rapidement chez cette malade, qui ne présente cependant pas des affections des voies lacrymales.

Opacité totale de la cornée gauche.

A droite, opacité centrale.

OBSERVATION XIV

Abcès des deux cornées

16 novembre 1888.

Joseph B..., soixante-dix-sept ans, cultivateur.

Il y a une dizaine d'années, kératite de l'œil gauche, qui laissa un leucome très étendu.

Depuis cinq jours, abcès cornéen à l'œil droit siégeant au centre de la cornée.

Œil gauche : vaste leucome occupant presque toute la partie inférieure de la cornée.

Œil droit : la cornée est dépolie dans sa partie supérieure et présente en dehors et en bas un abcès en pleine évolution.

Œil gauche. V. — O.

Œil droit, voit à peine le jour.

16 novembre. — Cautérisation ignée de l'abcès. Issue de l'exsudat, compression.

17 novembre. — L'aspect de la plaie laisse encore quelques inquiétudes : lavage, précipité jaune et compression.

19 novembre. — Les douleurs continuent, La cornée présente encore un point suspect sur une portion de la cornée qui n'était pas atteinte primitivement.

23 novembre. — La cornée a complètement cédé avec perte de substances et saillie staphylomateuse de l'iris.

26 novembre. — Crainte de panophtalmie.

28 novembre. — On se résout à pratiquer l'énucléation de l'œil droit.

Pendant l'énucléation l'œil s'est vidé et l'humeur vitrée est sortie en pleine suppuration.

Immédiatement après, on pratique sur l'œil gauche en regard d'une portion cornéenne restée un peu transparente, une large pupille artificielle.

OBSERVATION XV

Vaste leucome. OG. Abcès de la cornée OD

4 avril 1889.

Joseph E..., soixante-douze ans, cultivateur.

Il y a dix ans, a eu un abcès de la cornée gauche, (à la suite de traumatisme) qui a donné naissance à un leucome très opaque.

Il y a huit jours, le malade s'est frappé l'œil droit avec une branche morte : il y a eu excoriation de la cornée à la suite de laquelle est survenu un abcès de la cornée.

Gonflement des paupières et de la conjonctive de l'œil droit.

L'abcès siège à la partie centrale de la cornée.

Pus dans la chambre antérieure.

5 avril. — Atropine, compression.

8 avril. — L'abcès s'est étendu et le pus est devenu plus abondant dans la chambre antérieure.

Cautérisation.

OBSERVATION XVI

Abcès spontané de la cornée de l'œil droit, avec un abcès de la cornée gauche

23 mai 1890.

François C..., cinquante-neuf ans, cultivateur.

Au mois de septembre 1889; sans cause appréciable, le malade dit avoir perdu la vue de l'œil gauche à la suite d'un abcès de cette cornée.

L'œil gauche présente en effet sur sa cornée une opacité presque totale.

A la fin du mois d'avril dernier est survenu un abcès de la cornée de l'œil droit sans cause appréciable, sans traumatisme.

Rien à noter du côté des paupières ni des voies lacrymales.

Œil gauche. Opacité presque totale de la cornée, œil droit leucome occupant le centre de la cornée.

Les observations d'abcès sur les deux yeux, XII, XIII, XIV, XV, XVI, ne sont citées ici que pour montrer combien certains yeux suppurent facilement. Ces observations, dans la plupart desquelles on voit survenir la suppuration si rapidement, peuvent être expliquées, dans certains cas, par une sorte d'infection endogène, et nous pouvons, à ce sujet, rappeler l'opinion que M. Gayet a émise, que des germes infectieux, nageant dans le sang, peuvent être transportés dans l'œil par la circulation générale et venir se localiser au niveau du point traumatisé. Il est évident que, dans ces cas, on doit, au premier abord, invoquer l'infection par les agents extérieurs; mais cependant la facilité avec laquelle certains yeux suppurent nous fait nous demander si nous ne devons pas ajouter cette cause interne aux causes externes que l'on peut invoquer habituellement.

Nous n'avons publié ces observations que pour montrer bien nettement la différence qui existe entre ces cas d'infection pour ainsi dire interne et les cas d'infection ou de réinfection locaux des observations III, IV, V.

CHAPITRE IV

Réveil des abcès. — Ostéomyélite prolongée et kératite prolongée.

Réveil de suppuration

D'après les observations précédentes, nous voyons qu'un leucome peut s'enflammer à nouveau sous l'influence de causes irritantes et donner naissance à la kératite, dite kératite cicatricielle.

Les observations I, II, III, IV et V, sont des exemples de cette complication du leucome. Mais ces faits sont connus, et nous voulons glisser rapidement sur eux pour insister davantage sur des faits dont nous ne trouvons mention dans aucun traité classique, nous voulons dire les abcès endormis dans un leucome et qui sont réveillés par un traumatisme ou même qui se réveillent spontanément.

Dans les observations VI et VII, nous voyons des cornées atteintes d'abcès, il y a une année, dans l'un des cas, deux années dans l'autre. Dans un cas, le leucome demeure tranquille pendant tout le temps qui s'écoule depuis la cicatrisation jusqu'au moment où nous revoyons

le malade, c'est-à-dire un an, et soudain, à la suite de longues marches, de privations, de fatigues, sans cause appréciable, sans irritation pouvant provenir des paupières, nous voyons renaître des douleurs.

Après un examen très attentif, on remarque que le centre du leucome ne présente pas l'aspect blanc bleuâtre habituel, mais plutôt une teinte blanc jaunâtre sur laquelle la lumière joue moins bien malgré la persistance du vernis épithélial. Une curette est portée à ce niveau ; la résistance est moindre, et M. le professeur Gayet arrive dans une sorte de cavité comblée par de la matière purulente ; cavité à bords irréguliers, déchiquetés, formant, pour ainsi dire tunnel dans le leucome. Cette substance purulente est raclée ; la cavité est lavée à l'eau boricuée ; on recouvre la plaie cornéenne de pommade au précipité jaune, et la cicatrisation complète avec disparition des douleurs et de l'irritabilité de l'œil ne se fait pas attendre.

La surface cornéenne ne présentait pas les caractères de la kératite cicatricielle : nous étions en présence, non d'une kératite superficielle, mais bien d'une affection profonde du leucome ; du pus était là, peu actif, pour ainsi dire endormi, ayant perdu de sa force dans la cicatrice. Aucun phénomène inflammatoire sérieux n'a marqué sa réapparition, c'est à peine si l'œil présente un léger larmoiement et un peu de la rougeur conjonctivale. La substance retirée avait l'aspect de pus épais, pour ainsi dire, concret.

Dans l'observation VII, il s'agit d'une malade que le Dr Meurer a eu l'occasion d'observer à la clinique pendant les vacances, en août 1891. Cette malade, garde-

barrière au chemin de fer P.-L.-M., recut un jour une étincelle dans l'œil gauche. A la suite de cette brûlure, elle eut un abcès qui a guéri. Depuis deux ans, la malade est guérie, mais cependant ressent de temps en temps, quelques douleurs dans l'œil. Depuis quelques jours, les douleurs sont plus vives et la malade vient consulter. On remarque alors une tache centrale lisse et au milieu de la tache une portion plus jaune. Se souvenant alors de l'intervention du professeur Gayet dans le cas semblable cité plus haut, M. Meurer prit une curette et retira une substance purulente située entre les lamelles. Il fallut, pour arriver à cette substance, percer un vernis épithélial. Quelques jours après, la malade partit guérie.

Voilà donc deux cas dans lesquels du pus a séjourné pendant très longtemps dans un leucome, et s'est réveillé sans influence marquée.

Dans l'observation VIII, il s'agit d'un malade qui a eu un vaste abcès de la cornée et chez lequel on pratique, six mois après la guérison complète, une iridectomie. Cette iridectomie optique est faite comme toujours avec des précautions antiseptiques très grandes, et de la suppuration renaît dans la cornée au niveau du leucome même.

Nous ne permettrons pas qu'on puisse supposer ici qu'il s'agisse d'un cas d'infection pendant l'opération. Ce serait le seul cas d'infection pendant une iridectomie, que nous pourrions relever depuis que l'antisepsie est employée dans toute sa rigueur à la clinique. En effet, nous voyons quelquefois encore des accidents d'infections survenir dans les plaies cornéennes à la suite de l'opération de la cataracte ; mais nous pouvons affirmer que depuis cinq ou six ans, nous n'avons pu retrouver dans les observations

de la clinique un seul cas de suppuration à la suite d'une iridectomie.

Les précautions antiseptiques sont prises avec une grande rigueur, l'asepsie est observée soigneusement.

Avant l'opération, l'œil et le pourtour de l'œil sont lavés; les instruments sont flambés, au moment même de les utiliser; un lavage oculaire est fait après l'opération pour enlever le sang; le pansement est fait avec de la ouate hydrophile, qui a été stérilisée le matin même, et est tenue conservée dans des récipients hermétiquement fermés, jusqu'à l'instant du pansement.

Dans ce cas, comme dans les autres, les soins ont été observés, et nous avons dû rechercher ailleurs la cause de la suppuration.

Malgré la guérison apparente de l'abcès, il peut, croyons-nous, persister dans les lacunes dont nous avons parlé en faisant la description anatomique de la cicatrice, du pus enfermé ou même simplement des éléments pyogènes, des staphylocoques par exemple. Sous l'influence du traumatisme que fait subir à la cornée une opération, telle que l'iridectomie, pratiquée dans ce cas, sur la périphérie de la cornée même, le pus peut reprendre son activité ancienne, les microbes peuvent être mis au jour à nouveau et donner naissance à la suppuration.

L'existence de ces lacunes, bien faites pour recéler du pus et des microbes, ce fait, que du pus peut rester inclus dans des cicatrices pendant plusieurs années (obs. VI, VII), tout nous fait supposer que les événements ont dû se passer ainsi : sommeil de microbes de la suppuration, et réveil par une opération.

Nous avons pris au hasard dans nos lectures, les obser-

vations de panophtalmie suite de leucomes. En effet, nous voulons montrer que ces observations peuvent parfaitement subir l'interprétation que nous donnons de la suppuration de l'œil, survenant longtemps après la guérison d'un abcès.

Dans sa thèse inaugurale, 1887, le Dr Despagnet, émet trois hypothèses, pour expliquer l'apparition de la suppuration longtemps après la guérison d'un abcès de la cornée.

Comme le dit cet auteur, il est aisé d'expliquer l'arrivée d'un phlegmon de l'œil quelques jours après la perforation de la cornée. En effet, à ce moment, il est évident que l'œil est bien placé pour subir l'infection : les germes entreront facilement par la porte d'entrée que vient de créer la perforation de la cornée et pourront, en profitant du trouble circulatoire produit dans l'œil par l'issue des liquides de la chambre antérieure, pénétrer dans les parties profondes et entraîner les accidents de suppuration.

« Mais, l'explication va devenir plus difficile dans les cas où l'irido-choroïdite suppurative n'apparaît que des années après l'abcès cornéen, après l'adhérence irienne dans un œil, où, pendant dix, quinze, vingt ou trente ans, il n'y a pas eu la moindre manifestation inflammatoire.

« Il n'y a que trois hypothèses possibles pour expliquer cette suppuration. La première, c'est le transport dans l'œil, par la circulation générale, des germes infectieux.

« Le dépôt s'en ferait là, comme il aurait pu se faire dans tout autre organe. M. le professeur Gayet vient de publier un magnifique exemple de ce genre. Mais il faut,

pour cela, que le malade soit dans une misère physiologique noire, dans une cachexie profonde, et dès lors pas n'est besoin d'un leucome adhérent pour favoriser la suppuration; elle surviendra dans l'œil le plus normal, comme dans le cas rapporté par le professeur de Lyon. Cette théorie est trop spéciale, et n'a rien à faire avec le sujet qui nous occupe; d'autant plus que nos malades, pour la plupart, étaient d'une fort bonne santé générale.

« Il ne me reste plus dès lors qu'à invoquer l'infection purement locale.

« Leber, Sattler et d'autres ont émis l'opinion que toute cicatrice irido-cornéenne filtrante et non filtrante pouvait, après un long temps, être la porte qui ouvrait l'œil à l'infection. En d'autres termes les microbes seraient venus de l'extérieur et auraient, à travers la cicatrice irido-cornéenne, pénétré dans l'œil, s'y seraient développés et auraient amené la suppuration; il s'agirait donc d'une infection récente dans un œil autrefois malade. C'est à cette opinion que se range le Dr Valude, dans son travail que nous avons cité.

« Tout d'abord, il m'est impossible de m'expliquer comment les germes pénétreraient dans l'œil, dans le cas de cicatrice non filtrante, dans le cas où le leucome, parfaitement cicatrisé, ne présente pas la plus petite altération de surface, dans le cas enfin où aucun échange liquide ne se fait de l'intérieur à l'extérieur ou réciproquement. Nous trouvons dans les dimensions toujours égales de la chambre antérieure, la meilleure des preuves qu'il ne se fait aucun mouvement dans ce sens. Nous rejetons donc cette manière de voir pour les leucomes bien formés.

« Reste la seconde hypothèse concernant les cicatrice

filtrantes, où les échanges peuvent se faire soit du dedans en dehors, soit du dehors en dedans. La diminution de la chambre antérieure qui parfois se vide totalement, un petit suintement liquide que l'on voit, à la loupe, au niveau de la cicatrice, sont des preuves non douteuses de cette filtration. Il m'est encore impossible d'accepter cette donnée explicative, si je m'en rapporte à l'observation VIII. Nous y lisons, en effet, qu'en 1871 et 1873, dans un œil atteint de [leucome adhérent depuis trois et cinq ans il est survenu une iritis [très intense compliquée de cyclite, puisqu'il y avait de l'hypopyon. C'était le prélude l'irido-choroïde suppurative. On l'a enrayée en pratiquant une ponction dans le leucome, de manière à donner issue à l'humeur aqueuse et diminuer la tension de l'œil. Les deux fois la tentative a admirablement bien réussi, et depuis cette époque, quatorze ans, le malade n'a plus eu aucun accident, parce qu'il a fini par obtenir une de ces cicatrices filtrantes, que certains auteurs considèrent comme le meilleur moyen d'arriver à la panophtalmie.

« Chez notre malade, au contraire, du jour où il a produit une cicatrice filtrante, la suppuration s'est arrêtée et il n'a jamais plus eu d'accidents inflammatoires. Cette observation est tout à fait contraire à la théorie de Leber et Sattler.

« Nous ne pouvons donc admettre que ce soit dans ces cas une infection nouvelle, qui se produise par l'introduction dans l'œil des micro-organismes à travers la cicatrice irido-cornéenne.

« Il y a une troisième théorie qui consiste à admettre le réveil d'une infection latente dont les germes sont contenus dans l'œil à l'état d'inactivité. C'est-à-dire, que

depuis le jour de l'abcès cornéen, il est resté des microcoques dans l'œil, qui se réveillent après un temps si long et produisent la suppuration. C'est là l'opinion qui prévaut généralement en France et dont le plus ardent défenseur est M. le professeur Verneuil. Si invraisemblable qu'elle paraisse de prime abord, elle me semble cependant beaucoup plus acceptable que les précédentes, pourvu toutefois qu'on ne veuille pas faire jouer un rôle exclusif à la colonie microbienne.

« Il est en effet un autre facteur tout aussi important qu'il faut faire entrer en ligne de compte, c'est le terrain. Pourquoi ces germes qui dormaient depuis des années se seraient-ils réveillés s'il n'y avait rien eu de changé dans le milieu où ils vivaient ?

« Puisqu'ils changent d'état c'est qu'ils ont été provoqués, et le provocateur, c'est le terrain où ils vivent, c'est l'œil. »

Les observations de Despagnet et l'observation tirée de la thèse de Montagnon que nous avons données plus haut s'expliquent très bien en admettant l'opinion de Despagnet.

L'avis de notre maître n'est pas différent de celui de Despagnet, mais étant donné la présence du foyer endormi fait démontré par les observations VI-VII l'idée de ce réveil de germes amenant le phlegmon de l'œil devra s'étendre non seulement aux cas de leucomes adhérents, mais encore aux cas de panophtalmie à la suite d'iridectomie optique.

Les observations VI-VII nous montrent du pus ayant séjourné un très long temps dans une cornée, enkysté, pour ainsi dire, entre le vernis épithélial et les lames de

la membrane transparente. Ce pus devait contenir des germes dont la vigueur était peut-être un peu diminuée : Ces germes ont donc séjourné avec le pus pendant un très long temps dans la cornée sans donner signe de vie. A la suite d'une marche prolongée, de privations dans un cas, sans cause appréciable dans un autre, le foyer éteint se ranime, des douleurs se réveillent, une intervention devient nécessaire et l'on peut extraire de la substance blanchâtre, purulente. Cet abcès vidé, la guérison rapide se produit. On peut conclure de cela : 1° Que du pus peut rester enfermé longtemps sans donner des phénomènes de réaction ; 2° Que ce pus peut, à un moment donné, devenir actif.

Ce que nous avons constaté dans les observations VI-VII peut avoir existé dans le cas de l'observation VIII. Dans les lacunes du tissu cicatriciel, lâche, laissant des intervalles nombreux et larges, entre ses fibres onduleuses, du pus et des germes peuvent séjourner, demeurer inactifs et se réveiller à un moment où une opération sera pratiquée. En tout cas, nous émettons cette hypothèse basée sur les observations VI-VII : Que du pus peut séjourner dans une cicatrice de la cornée pendant longtemps et devenir un danger au moment d'un traumatisme. Nous pensons que cette hypothèse, avec les données actuelles que nous possédons sur l'infection, n'a rien de bien hardi.

Comment ne serait-on pas tenté d'expliquer le phlegmon de l'œil qui survient à la suite des leucomes adhérents, sans cause appréciable, de la même façon ?

Nous appuyons par la démonstration de l'existence de foyers purulents à l'état de sommeil dans la cornée, la

troisième hypothèse de la thèse de Despagne, et nous pourrions dire avec lui : « Le leucome adhérent peut être central ou périphérique. Qu'il soit l'un ou l'autre, nous avons vu qu'il résultait des mouvements permanents de l'iris, un tiraillement continu, soit sur la partie enclavée, soit sur la partie diamétralement opposée. Est-il donc possible d'admettre que cette irritation constante de la région ciliaire ne finisse par l'enflammer. Si, d'autre part, les leucomes adhérents sont périphériques, et ce sont les plus mauvais, il vient s'ajouter à cette irritation de la zone ciliaire par traction, une irritation nouvelle, produite par l'accolement de l'iris avec les voies lymphatiques de l'angle irido-cornéen, qui sont comprimées, obstruées par le leucome, et, par suite, ne remplissent plus leurs fonctions. Voilà donc deux causes de modifications essentielles de la zone ciliaire, qui progressivement, soit par tiraillement, soit par tension exagérée résultant de l'hypersécrétion, amènent la congestion. » Voilà le terrain. « Dès lors, dit Despagne, il ne nous en coûte plus d'admettre le rôle des germes qui trouvent un terrain tout préparé pour développer leurs colonies et amener la suppuration. »

En résumé, nous avons établi, par deux observations, l'existence de foyers éteints se réveillant, pour ainsi dire spontanément, et nous avons cherché à expliquer par là certains accidents tardifs compliquant les leucomes. Nous n'avons d'autre but que de fortifier les hypothèses émises à ce sujet et de faciliter le passage de ces faits du domaine de l'hypothèse à celui de la certaine réalité.

Ces abcès se réveillant ainsi nous ont rappelé quelque peu l'ostéomyélite prolongée de Lannelongue et nous

avons pensé donner à ces abcès endormis et se réveillant, le nom de kératite prolongée.

Dans les *Archives générales de Médecine*¹, de 1889, nous lisons :

« Sous le nom d'ostéomyélite prolongée ou chronique, nous comprenons toute une série d'altérations (hyperostoses, nécroses, abcès et cavités, fistules osseuses) qui sont le résultat de l'ostéomyélite aiguë ou d'un travail inflammatoire persistant longtemps après elle. » Plus loin : « Mais il n'est pas très rare d'observer des abcès intra-osseux qui ne se révèlent par aucune saillie osseuse. La formation de ces abcès peut être silencieuse et latente, au point qu'on soit surpris de les rencontrer au milieu d'hyperostoses que l'on croyait simples. Mais il est plus fréquent de les voir révéler leur présence par des poussées aiguës ou subaiguës, qui viennent interrompre une guérison apparente. »

Dans une discussion à la Société de Chirurgie², à propos de l'ostéomyélite prolongée, le professeur Verneuil dit : « La maladie peut sommeiller très longtemps et faire croire à une guérison, mais cette guérison n'est qu'apparente, puisque les accidents reparaissent à la moindre occasion. Peut-être pourrait-on expliquer cette longue durée de la maladie par sa nature parasitaire. Il resterait, après la guérison, des germes capables de se développer à la première occasion. »

Nous pensons que pour la cornée les choses se passent à peu près de la même façon que pour les os et c'est pour

¹ *Archives générales de médecine*, 1889.

² *Société de chirurgie*, M. Verneuil, 4 décembre 1884.

cela que nous nous proposons de donner à ces abcès de la cornée qui se réveillent, le nom de kératite prolongée, analogie avec l'ostéomyélite prolongée.

Cette appellation peut paraître prétentieuse, mais elle a pour but de bien fixer dans l'esprit les idées que nous avons désiré établir, à savoir : le séjour inaperçu de germes dans une cicatrice de la cornée, et le réveil de ces germes.

CONCLUSIONS

De cette étude sur certains accidents tardifs des abcès de la cornée, nous pouvons conclure comme suit :

1° La kératite cicatricielle n'a rien de commun avec la kératite prolongée ;

2° La kératite cicatricielle est une affection superficielle provoquée par les agents extérieurs ;

3° La kératite prolongée est une kératite profonde et pouvant apparaître sans l'intervention d'agents extérieurs ;

4° La kératite prolongée peut devenir la cause du phlegmon de l'œil :

a) A la suite d'opération pratiquée sur l'œil (iridectomie optique par exemple).

b) Dans les cas de leucomes adhérents, où l'irritation

du corps ciliaire produite par des tiraillements de l'iris prépare le terrain à cultiver les germes retenus dans la cicatrice.

5° La kératite prolongée peut être comparée à l'ostéomyélite prolongée.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

GAYET.

Vu, bon à imprimer

LE DOYEN,

LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,

E. CHARLES.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Abadie. — Des ulcères infectieux et de leur traitement. (*Société d'ophtalmologie*, janvier 1889.)
- Augagneur. — L'ophtalmie dite scrofuleuse et ses rapports avec le nez. (*Province médicale*, 1889.)
- Bock et Wedl. — Anatomie pathologique de l'œil, Vienne, 1886.
- Bock (E.). — Contribution à l'anatomie pathologique de la cornée. (*Klinische Monatschr. für Augenheilk.*, 1886.)
- Decaux. — De l'origine microbienne des kératites et de leur traitement. (Thèse de Paris, 1890.)
- Désir de Fortunet. — L'ophtalmie scrofuleuse. (Thèse de Lyon, 1889.)
- Despagnet. — De l'irido-choroïdite suppurative dans le leucome adhérent de la cornée. (Thèse de Paris, 1887.)
- Rapports entre les maladies des yeux et les maladies du nez. (*Recueil d'ophtalmologie*, 1889.)
- Gayet. — Article CORNÉE du *Dictionnaire des Sciences médicales*.
- Choroïdite suppurative. (*Lyon médical*, 1872, t. XI, p. 451.)
- *Archives d'ophtalmologie*, mars, avril 1887.
- Lannelongue et Comby. — *Archives générales de médecine*, septembre 1879.
- Masini. — Rapports entre les maladies du nez et des yeux. (*Bulletino d'oculist.*, février 1886.)
- Montagnon. — Le pronostic et le traitement des grands abcès de la cornée. (Thèse de Lyon, 1887.)
- Panas. — Leçons sur les kératites.
- Vagnat. — De la kératite suppurée. (Thèse de Paris, 1879.)
- Verneuil. — Société de chirurgie, 1880.
- Wedl et Bock. — Anatomie pathologique de l'œil. Vienne, 1886.
- Widmark (J.). — *Beiträge zur Ophtalmologie*. Stockholm, 1891.
- Wecker et Landolt. — Traité complet d'ophtalmologie.

